FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

N° 799

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

André BOMPARD
né le 4 avril 1934 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le :

PROBLEMES POSES PAR L'ORIENTATION PSYCHOSOMATIQUE D'UN SERVICE DE MEDECINE GENERALE

Président : Mr. GAULTIER, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

André BOMPARD

né le 4 avril 1934 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le :

PROBLEMES POSES PAR L'ORIENTATION PSYCHOSOMATIQUE D'UN SERVICE DE MEDECINE GENERALE

Président : Mr. GAULTIER, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Cinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatric sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BADILIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE . . . BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque . . . Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme

A mes parents

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552010_0032

A mon Maître le Professeur M. GAULTIER
Professeur de clinique toxicologique

Après avoir guidé mes premiers pas en médecine, vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse.
Avec ma reconnaissance veuillez accepter le témoignage de ma profonde admiration et de mon respectueux attachement.

A mon Maître le Docteur D. BOUTTIER
Médecin Chef du Service de Médecine Générale
de l'hopital Paul BROUSSE.

Vous m'avez fait l'honneur de me confier ce travail et de me guider avec une bienveillance qui me remplit de gratitude. Veuillez accepter l'assurance de mon très sincère et profond attachement.

A mon Maître le Docteur V. GACHKEL
Médecin des hôpitaux psychiatriques
Médecin Assistant du Service de Médecine
de l'hopital Paul BROUSSE

Vous m'avez apporté la richesse de votre expérience, me permettant d'entreprendre ce travail. Veuillez croire à la sincérité et à la profondeur de ma reconnaissance.

A mes maîtres dans les hôpitaux

A toute ma famille

A mes amis.

Ce travail tente de décrire une expérience entreprise depuis un an et demi dans le service de médecine générale de l'hôpital Paul BROUSSE.

Il a été inspiré et dirigé par le Docteur D. BOUTTIER, médecin chef du service et son assistant le Docteur V. GACHKEL, médecin des hôpitaux psychiatriques.

Nous avons bénéficié de leur appui constant et de leurs conseils.

Nous devons à leur bienveillance d'avoir pu assister à tous les entretiens avec les malades et participer - dans la mesure de nos moyens - à l'orientation prise par le service qu'ils dirigent.

L'étendue, la difficulté des problèmes soulevés par cette étude explique que celle-ci ne puisse être qu'une ébauche très incomplète.

"Dans l'ensemble, le mouvement psychosomatique cherche à dépasser une médecine des organes, devenue de plus en plus spéciale et locale au profit d'une médecine générale de l'organisme."

Pr. Jean DELAY

PREMIERE PARTIE

LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE

LES METHODES

LES MALADES

LE FONCTIONNEMENT

DU

SERVICE

"L'orientation psychosomatique met l'accent sur le fait que le problème présenté par le malade ne peut être divisé en somatique et mental. Ce problème doit être considéré dans sa totalité. La seule solution possible de l'orientation psychosomatique est un travail d'équipe, une collaboration étroite entre le psychiatre et les médecins spécialisés dans d'autres domaines de la médecine". (Ch. Brisset)

Nous ne pourrions mieux définir les principes qui ont inspiré la tentative que nous décrivons dans ce travail. Ses deux aspects fondamentaux sont mis en évidence. D'une part elle va définir l'abord diagnostique et thérapeutique du malade dans le sens d'un élargissement de sa compréhension et de l'introduction de nouvelles méthodes, de nouveaux moyens d'action. D'autre part elle amène une transformation de la structure et des habitudes de l'équipe médicale. Chacun des membres de cette équipe doit avoir une vision globale du problème présenté par le malade et participer selon ses possibilités propres à l'élaboration de cette compréhension.

Ces deux aspects de l'orientation du service sont évoqués dans les deux premières parties de cette étude.

On voit donc qu'il ne s'agit pas d'introduire une nouvelle spécialité venant se juxtaposer aux autres activités du service, sélectionner des malades afin de mettre en évidences des problèmes psychosomatiques et d'effectuer des recherches à ce sujet. Une telle étude est certes indispensable sur le plan scientifique. Mais la tentative que nous décrivons n'a pas ces buts.

Elle est destinée à mettre en évidence les problèmes que pose la prise en charge des malades tant sur le plan somatique sur psychologique.

Il nous semble utile pour la compréhension de l'expérience décrite, de donner brièvement quelques indications sur la structure du service.

Le service de médecine générale comprend une salle de malades hommes, une salle de malades femmes et huit chambres comportant 1 ou 2 lits.

Outre le chef de service, l'équipe médicale comprend un assistant de consultation, un assistant pour les malades hospitalisés et un assistant psychiâtre. Deux internes se répartissent les malades hospitalisés et sont aidés par quatre externes.

Cinq consultations de médecine générale sont assurées chaque semaine par le chef de service et ses assistants aidés par deux externes.

Il existe par ailleurs des consultations de spécialités.

L'ensemble du groupe hospitalier comprend, outre le service de médecine générale, des services de chirurgie pneumophtisiologie et neurologie.

L'équipement technique est considérable. Citons la possibilité de faire pratiquer des E. E. G. dans le service de neurologie.

Enfin la proximité de l'Institut Gustave ROUSSY rend possible des investigations techniques hautement spécialisées.

L'orientation du service s'est marquée dans les faits par le fonctionnement suivant :

Lorsque chez un malade les facteurs psychologiques semblent importants et en relation avec les troubles qu'il présente, un entretien est décidé. Il a lieu en présence des membresde l'équipe médicale et du psychiâtre. A son terme une première synthèse des éléments fournis par les investigations somatiques et des éléments apparus au cours de l'entretien est élaborée en commun.

Cette synthèse, qui appelle la libre discussion, présente un grand intérêt tant par la compréhension du malade qu'elle apporte que par sa valeur didactique.

De cette synthèse va résulter moins un plan d'action qu'une orientation générale à adopter dans le cas envisagé. Cette ligne générale tiendra compte non seulement des éléments somatiques et psychologiques mais aussi des problèmes sociaux, familiaux et professionnels.

Ultérieurement le malade sera suivi à la fois sur le plan somatique et psychologique.

Ce type de fonctionnement montre que jusqu'ici les malades n'ont pas pu être tous abordés dans cette optique.

Ce fait interdit toute étude statistique valable. D'autre part le statut d'Hopital Départemental rend la clientèle non totalement superposable à celle des hopitaux parisiens. Mais le récent rattachement à l'Assistance Publique fait disparaître ce facteur.

L E S M E T H O D E S

- L'entretien
- La prescription
- L'hospitalisation

Dans le stade actuel de cette expérience, méthodes et techniques restent confondues, le recul n'étant pas suffisant pour établir des concepts valables tirés de l'activité du service. Cette activité est essentiellement pragmatique, par opposition à un travail de recherche, elle est destinée à fournir des résultats immédiats.

L'essentiel des moyens d'action est basé sur l'entretien.

C'est à dessein que le terme d'entretien n'est pas suivi d'un qualificatif tel que psychiatrique, psychothérapique ou autre. L'entretien est tout cela à la fois. Mais il n'est en aucun cas un intérrogatoire. L'entretien renseigne sur la structure mentale des malades, il permet d'établir le bilan des problèmes actuels, il fournit des données sur la structure des constellations familiales aussi bien de l'enfance du malade que sur celles dans lesquelles il est inséré actuellement. Il permet d'établir des corrélations entre les divers incidents vitaux et pathologiques de prendre la mesure des personnages-clefs ayant joué un rôle dans la vie du malade.

L'abord des problèmes sexuels n'est pas recherché systématiquement. Nous essayons d'attendre que le malade en parle de lui-même. Lorsqu'il le fait, nous acceptons cette orientation de l'entretien. Des questions plus précises peuvent alors être posées, en excluant toute insistance. Si l'entretien est conduit avec prudence, même des éléments fortement culpabilisés pourront apparaître. Nous aurons ainsi une image valable de la vie intime du malade. Elle s'intégrera à l'ensemble des éléments fournis par l'entretien, contribuant à élaborer une séméiologie plus complète. Celle-ci sera résumée sur une fiche biographique.

En dehors de ces buts destinés essentiellement à dresser un inventaire clinique, une importance primordiale est attachée à la nature dynamique d'une telle rencontre, les échanges affectifs qui peuvent s'établir entre le médecin et le malade, la valeur que peut prendre la personnalité du médecin dans l'univers du malade.

C'est la réflexion du médecin sur la nature des liens qui s'établissent entre lui et son patient sur la force de ces liens, sur la forme de l'image qu'il est censé représenter dans l'esprit du patient, c'est cette réflexion qui constitue pour nous l'un des éléments essentiels de l'acte médical.

Elle fonde la valeur thérapeutique de l'entretien. La double polarité de ce dernier apparaît ici. Il est tout à la fois diagnostique et thérapeutique, connaissance et action.

Dans un but didactique (diffusion de ces conceptions) aussi bien que par nécéssité pratique due à l'obligation de tenir l'ensemble de l'équipe hospitalière informée des problèmes que pose le malade, ces entretiens ont lieu en présence de plusieurs médecins.

Cette attitude qui, à priori, paraissait peu conforme aux exigeances psychologiques, s'est révélée peu génante à l'expérience. C'est l'un d'entre eux, qui selon le cas et selon les circonstances prend le rôle du médecin actif chargé de dériver vers lui-même les affects du patient.

La technique de l'entretien est basée sur certains principes essentiels. Ces principes imposent au médecin une attitude particulière, et c'est en essayant de donner une description sommaire de cette attitude que nous pourrons les faire mieux comprendre.

Le médecin doit adopter dans la mesure du possible une attitude où il écarte au maximum tout jugement à priori, tout désir d'obtenir à tout prix un résultat sensible, rapide, le désir de tout savoir, de tout comprendre, le désir de capter à tout prix l'attachement du malade.

De même doit-il s'abstenir de donner des conseils et essayer de parler le moins possible au cours de l'entretien, sans pour cela favoriser ou entretenir un silence parfois pénible entre les différentes séquences de l'entretien. Celui-ci doit être relancé au cours de ces pauses avec un minimum d'intervention de la part du médecin.

Le malade est ainsi placé dans des conditions optima pour pouvoir s'exprimer.

Ces données sont valables aussi bien pour l'entretien initial que pour les entretiens ultérieurs. Il est certain cependant que c'est le premier entretien qui devra être conduit avec le maximum de prudence. Nous attachons une importance particulière à celui-ci. Il nous paraît décisif quant à la suite des rapports qui vont s'établir entre le médecin et le malade par voie de conséquence va influer sur les mesures qui seront prises tant sur le plan thérapeutique , que social ou vital.

Il est préférable de beaucoup que les résultats fournis restent nuls, en réalité ou en apparence, que le médecin se sente frustré de n'avoir rien obtenu ni dans le domaine des investigations ni dans celui de l'édification d'une relation positive, mais que les possibilités ultérieures n'aient pas été compromises.

Une attitude du médecin trop affirmée, des questions trop précises, des interprétations trop percutantes risquent de provoquer des blessures narcissiques trop brutales, de donner l'impression au sujet d'être considéré comme un malade mental, ou comme un sujet d'étude et peuvent compromettre l'avenir.

Une attitude séductrice par contre, peut provoquer une érotisation trop massive des rapports avec le médecin et par là empêcher tout développement d'une situation favorable. L'expérience seule apprend à quelle dose doit-être donnée la "drogue médecin". (M. Balint)

Le problème de l'ordonnance à la fin de l'entretien est difficile à résoudre.

Pratiquement à la fin du premier entretien une ordonnance est toujours délivrée. Il n'en est pas toujours ainsi au cours des entretiens ultérieurs. Cette ordonnance peut être nécessaire du fait de l'intensité des manifestations physiques, anxieuses, des troubles du sommeil ou

des phénomènes dépressifs. Elle est parfois indispensable du fait d'une atteinte organique.

Le degré culturel, le niveau intellectuel, la structure psychique du malade sont également des facteurs importants et déterminent la conduite à tenir.

Dans d'autres cas aussi où le médecin à l'impression que, faute de temps, ou du fait d'une "paresse" personnelle, il ne lui a pas été possible de "donner" assez au malade, une ordonnance constitue un complément indispensable de l'acte médical.

Dans d'autres cas encore, les médicaments absorbés dans l'intervalle des visites constituent en quelque sorte une matérialisation des liens existants avec le médecin et prolongent l'effet propre de la consultation.

Il est évident que les techniques employées seront différentes selon les malades (psychotiques, névrosés, malades essentiellement organiques), selon qu'il s'agit de malades externes ou de malades hospitalisés. Le malade hospitalisé pourra être vu plus souvent et plus rapidement qu'un malade externe qui lui, s'est dérangé spécialement pour venir à la consultation.

Un malade ayant une ordonnance importante et qui attache lui-même une importance particulière à la valeur des médicaments et dont l'état s'améliore par ailleurs, pourra être vu très rapidement. Un entretien plus prolongé lui sera réservé si l'action des médicaments s'épuise.

Il est certain que les sédatifs fournissent un appoint important dans le traitement de ces malades. L'anxiété est rendue supportables ce qui permet de les maintenir dans leur milieu familial et parfois d'éviter des interruptions de travail.

L'apparition des thymoleptiques a apporté une modification considérable dans le traitement des états dépressifs.

Cependant la puissance des moyens mis à la disposition du médecin ne doit pas le conduire à se sentir dispensé de la prise en charge réelle

de son malade. Une prescription mécanique est au mieux inéfficace et souvent nocive. Elle est en tous cas la négation de l'acte médical.

Enfin la dernière méthode dont nous disposons est l'hospitalisation. Elle est pratiquée toutes les fois qu'un bilan somatique est nécessaire, qu'un épisode anxieux aigü commande un traitement sédatif important. De plus l'introduction des thymoleptiques a rendu possible le traitement des états dépressifs dans le cadre d'un service de médecine générale à condition toutefois qu'il n'y ait pas de conduite suicidaire.

L'amélioration souvent rapide de l'état du malade ne doit pas être mise sur le seul compte de la thérapeutique. L'isolement du milieu familial ou professionnel intervient aussi. Il pourra être accentué dans certains cas par la suppression des visites, au moins pendant une période.

L'hospitalisation permet également des entretiens plus fréquents avec les malades.

Par contre elle pose de multiples problèmes de discipline, de locaux. L'atmosphère du service est dans l'ensemble favorable. Les salles communes n'ont pas des dimensions excessives et il existe huit chambres comportant un ou deux lits. Les chambres à un lit ont permis de pratiquer des "cures de détente".

Le manque de salle de réunion se fait sentir. Les malades dont l'état le permet peuvent se lever, mais ils ne disposent pas d'un lieu où ils puissent lire, converser ou recevoir des visites. Il serait souhaitable enfin de pouvoir permettre des sorties dans les jardins à certains malades.

Cependant la durée relativelent courte des séjours fait que ces problèmes ne sont pas majeurs.

LES MALADES

- Observations
- Critères d'amélioration

Au cours d'un an de fonctionnement du service un grand nombre de malades ont été abordés sur le plan psychologique.

Des entretiens avec tous les malades du service n'étaient pas possibles. En effet ayant pris en charge les malades au cours du premier entretien nous étions amenés à les revoir. La consultation des malades anciens est restée très chargée. Enfin une troisième consultation hebdomadaire était réservée aux malades hospitalisés.

Nous ne retiendrons dans cette étude que les cas où les entretiens ont révélés des problèmes importants.

Parmi les autres malades beaucoup ne pouvaient tirer aucun bénéfice d'une poursuite des entretiens. Nous pensons en particulier aus alcooliques chroniques, aux comitiaux, etc... Il est certain que ces malades devraient bénéficier d'un abord psychothérapique. Dans le cadre de l'expérience entreprise il était irréalisable.

Nous avions tenté d'établir une classification détaillée des malades. Aucune n'a été retenue car leur caractère artificiel leur ôte toute signification.

La classification par symptômes somatiques se heurte au choix de celui qui sera considéré comme principal au détriment des autres. Elle négligera la classification des symptômes psychologiques. Les mêmes inconvénients se retrouvent si l'on choisit la solution inverse et seront aggravés par le manque, ou l'excès, de précision des diagnostics psychologiques.

Nous pouvons cependant dans un premier temps isoler les psychoses des cas non psychotiques.

Le premier groupe comprend dix cas. Trois malades ont été transférés dans des services spécialisés. Quatre restent actuellement intégrés dans leur milieu social et sont suivis en consultation, du fait de proximité de leur domicile.

Enfin trois ont été hospitalisés lors d'une poussée et traités dans le service.

Nous résumons trois observations.

Le deuxième groupe comprend 65 cas. Parmi ces malades : 26 ont fait un séjour dans le service, 39 n'ont été suivis qu'en consultation. Nous les répartirons en deux groupes.

- Dans trente cas les symptômes somatiques étaient, ou sont rapidement passés au second plan. Nous résumons succinctement treize observations.

- Dans trente cinq cas les symptômes psychologiques et somatiques sont également présents. Il s'agit soit de symptômes élémentaires isolés (céphalées, douleurs cervicales, vertiges) ou groupés ; soit de l'association des manifestations précédentes et d'une atteinte organique telle qu'un ulcère gastrique, une colite etc... Dix observations sont résumées.

Deux points méritent d'être soulignés avant d'aborder les résumés des observations.

. Nous ne distinguons deux groupes parmi les malades non-psychotiques que pour la clarté de la présentation. L'un et l'autre ont fait intervenir la participation de l'équipe médicale toute entière.

. Les cas retenus ici ne doivent pas être considérés comme illustrant l'activité du service. Ils ne sont que des exemples d'une partie de cette activité, à savoir la prise en charge des malades. Leur deuxième intérêt est de mettre en évidence certaines difficultés dues à cette activité. Nous reviendrons sur ces problèmes dans le deuxième partie de cette étude.

- OBSERVATIONS -

MALADES PSYCHOTIQUES

M. A.....

35 ans, est amené par sa mère en consultation. Il "entend des voix" et on lui envoie de "l'électricité dans le corps".

Il a cessé son travail depuis le début des troubles qui remontent à un mois et demi. Depuis il reste chez sa mère dans un état d'inactivité totale. Il est très calme, ne se plaint de rien. On ne retrouve aucun antécédent psychiatrique chez ce malade, mais il existe une débilité indiscutable.

Il reste moins de trois semaines dans le service. Les hallucinations disparaissent sous traitement à;l'Halopéridol.

Nous le revoyons en consultation, stabilisé. Il reste bien supporté par le milieu familial.

Au total Episode délirant chez un grand débile, évoquant une schizophrénie.

Sédation rapide sous traitement.

Réintégration du milieu familial où il est bien toléré.

Madame B.....

28 ans est adressée par son médecin traitant pour un épisode mélancolique à forme stuporeuse. Mme B... a fait deux crises d'agitation à 20 ans et 23 ans, nécéssitant une hospitalisation de trois semaines et un traitement par chocs électriques, puis un épisode dépressif à 27 ans traité par une cure de Tofranil. Dans l'intervalle de ces accès, la malade poursuit avec succès des études supérieures.

Prostration,mutisme cèderont en quelques jours sous l'influence du Tofranil et du Nozinan. Dès lors le contact est bon et les entretiens sont possibles. Elle sort après un séjour de trois semaines et continue à être suivie par son médecin traitant.

Au total . Accès de mélancolie à forme stuporeuse. Régréssion rapide et complète sous traitement. On pourrait s'étonner de voir un tel cas

manifestement psychiatrique pris en charge par un service de médecine générale, mais deux éléments ont conduit à prendre en charge cette malade : Diagnostic et pronostic étaient assurés, le médecin traitant avec lequel nous étions en rapports étroits connaissait la malade de longue date.

Le séjour en établissement psychiatrique aurait été très mal accepté, sinon refusé.

Certes ces explications ne sont en aucune manière des raisons mais nous citons ce cas pour illustrer l'une des difficultés qui peuvent naître de l'orientation psychosomatique d'un service.

Madame C.....

42 ans, est amenée dans le service car elle présente depuis quelques jours un état d'agitation avec chants, danses, loquacité, gestes bizarres. La malade est d'origine espagnole, parle mal le français, le comprend mal. Hospitalisée, elle se révèle extrêmement agitée, se promène dans les salles malgré de fortes doses de Nozinan. L'E.E.G. et l'examen neurologique sont normaux. Elle est transférée à l'hopital psychiatrique.

Au total : Etat d'agitation d'aspect maniaque. Internement pratiqué après examen général.

MALADES NON PSYCHOTIQUES

- Les treize premières observations correspondent au premier groupe.

- les dix suivantes correspondent au deuxième groupe

Monsieur D.....

26 ans, professeur, est admis dans le service pour des malaises qui durent depuis l'âge de 12 ans. Sensations lipothymiques brusques accompagnées de polypnée, palpitations, sueurs et d'un état d'angoisse, de durée variable, sans perte de connaissance.

L'électro-encéphalogramme est normal ainsi que les examens de routine.

Il ne reste qu'une semaine dans le service.

Au cours des entretiens nous apprenons qu'il a été bouleversé par la mort de son père survenue huit ans auparavant.

Il se sent responsable de sa mère - il est fils unique - et a renoncé à un mariage qui la contrariait. Il n'a que très peu de contacts sociaux, et n'a aucune activité sexuelle.

De nombreux éléments de la série obsessionnelle sont notés, tandis que la symptomatologie organique s'estompe.

Au total : Névrose d'angoisse avec organisation obsessionnelle.

Psychanalyse prévue.

Monsieur E.....

29 ans, employé de bureau, présente des crises lipothymiques et pseudo-parétiques avec sensation d'angoisse, de serrement rétrosternal.

Au cours de son séjour bilan clinique, paraclinique, électrocardiogramme, électroencéphalogramme sont pratiqués. Tous ces examens sont normaux.

Au cours des entretiens il nous apparait comme un sujet immature versatile qui recherche le soutien, l'approbation. L'image paternelle est faible.

Un traitement sédatif à fortes doses fait disparaître les crises anxieuses. Il sort du service après trois semaines de séjour.

De nouvelles crises lui font interrompre son séjour en maison de repos.

Un mois après, il propose lui-même de reprendre son travail. Il ne l'a pas interrompu depuis.

Au total : Névrose d'angoisse.
Psychothérapie de soutien nécessaire.

Mademoiselle F.....

17 ans, élève de seconde de lycée, est admise dans le service pour asthénie, amaigrissement, anorexie. Les examens cliniques et paracliniques sont normaux. Cinq jours après son entrée à l'hopital, elle fait une crise de type hystérique : salivation, mouvements désordonnés, théatralisme. Une attitude brutale (on force la malade à se lever, à marcher) vient à bout de cette crise. La décompensation névrotique semble remonter à environ 1 an auparavant, manifestée par l'apparition de douleurs erratiques, entrainant de nombreuses interruptions du travail scolaire.

Les explorations somatiques n'ont extériorisé aucune affection évolutive, néanmoins cette malade doit être suivie sur ce plan

Une psychothérapie directe étant peu indiquée chez cette malade très jeune, une rééducation musculaire est tentée et elle est adressée à un kinésithérapeute.

Au total : Manifestations de type hystériques. Milieu familial favorisant.

Mademoiselle G.....

28 ans, nous est adressée par son médecin traitant pour deux ordres de symptômes :

1) Constipation opiniâtre (plus de 6 jours) avec crises de météorisme.

2) Tendance à l'isolement

Elle a déjà été hospitalisée à Lyon pour un état dépressif. Une narcoanalyse puis des électrochocs n'avaient amené aucune amélioration. Les examens somatiques sont normaux sauf une dilatation colique modérée, régulière. De fait la constipation disparait, et l'aspect somatique va rapidement passer au second plan des préocupations des médecins comme de la malade, les symptômes névrotiques étant manifestes.

Cette jeune fille de 28 ans vit entièrement dans sa famille et n'a aucun métier.

Le père, éthylique, a été opéré en 1 94O d'un ulcère d'estomac. Il ne boit plus depuis, mais n'a que très peu d'activité. La mère seule assume toutes les charges du ménage, très difficilement d'ailleurs car le commerce qu'elle tient périclite.

A l'âge de 8 ans, Mlle G... aurait fait un érythème noueux. Pendant cinq ans elle restera chez elle "pour se soigner". Son travail scolaire est interrompu à part quelques cours particuliers. De quatorze à vingt ans les contacts sociaux s'élargissent. Elle fait partie d'un mouvement de jeunesse. Mais sa tendance à l'isolement s'accentue de nouveau. Elle refuse d'aider sa mère pour ne pas être en contacts avec les clients. Un épisode sentimental mal défini est suivi de l'état dépréssif pour lequel elle est hospitalisée à Lyon.

Au cours de son séjour son état s'améliore. Le contact lors des entretiens est meilleur. Des éléments névrotiques très organisés apparaissent Elle ne parle plus de sa constipation. Nous profitons de son séjour pour lui faire prendre contact avec un psychothérapeute.

<u>Au total</u> : Structure névrotique avec organisation obsessionnelle
Psychothérapie analytique prévue.

Madame H.....

Téléphoniste, 35 ans, nous est adressée par son médecin pour une crise pseudoparétique. Elle relate également des impressions passagères d'hypoacousie. Par ailleurs elle se plaint d'insomnies, d'anxiété. Les examens somatiques sont négatifs - en particulier E.E.G., examens O.R.L. -

Lors du premier entretien des éléments phobiques sont notés : intolérance aux espaces clos, à l'obscurité. On retrouve une frigidité survenue après la naissance de son fils. Cette malade continue à être suivie régulièrement en consultation. L'aspect aigü de ses troubles s'est estompé, lui permettant de reprendre son travail à mi-temps après un arrêt de 15 mois.

Au total : Manifestations hystériques accompagnées de symptômes phobiques
Est suivie régulièrement
Pas de nouvelle manifestation aigue
Reprise du travail après un arrêt prolongé.

Mademoiselle I.....

21 ans, secrétaire, est admise pour des crises de tachycardie et un amaigrissement. Il n'existe en fait qu'un éréthisme cardiaque en relation avec une consommation excessive d'extraits thyroïdiens.

Les examens sont normaux - à l'exception d'une discrète augmentation du métabolisme de base à 16 % - l'éréthisme cardiaque disparait en peu de temps.

Cette malade a été hospitalisée trois mois auparavant pour un épisode d'anorexie mentale avec aménorrhée, survenu après un échec au baccalauréat. L'anorexie a été suivie de boulimie entrainant un embompoint qui va conduire la malade à prendre des extraits thyroïdiens.

L'année suivante nouvel épisode d'anorexie, suivi d'aménorrhée.

Des entretiens répétés nous aprennent que la malade a commencé une

psychothβrapie 3 mois avant son admission à l'hopital. Elle sort après un séjour de trois semaines. Nous la réadressons à son analyste.

Au total : Cette malade pourrait-être classée comme psychosomatique à un examen superficiel, en fait, les troubles somatiques ne sont que l'expression d'un trouble du comportement d'origine névrotique.

Une psychothérapie suivie s'impose.

Madame J.....

34 ans, bouchère, entre dans le service à la suite d'une tentative de suicide. C'est une malade instable dont la vie a été très agitée. Divorce des parents lorsqu'elle a 4 ans. Tiraillée entre ses parents qui se sont remariés, elle ne trouve de milieu stable ni d'un côté ni de l'autre. Elle mène une vie dissolue de 17 à 20 ans. Naissance d'un premier fils. Elle se marie. Un deuxième fils nait. Mésentente conjugale, vie dissipée entrainent une séparation. Un troisième enfant nait. Son amant accepte de se marier avec elle mais le divorce n'est pas encore prononcé. Un épisode dépressif avec tentative de suicide entraine son hospitamisation pendant trois mois en service de psychiatrie. Remariage, difficultés professionnelles, familiales, grave accident du fils ainé se succèdent les trois années suivantes.

Enfin elle se stabilise. A la fin des vacances de Noël elle ne peut supporter le retour de son fils ainé chez sa grand-mère qui en a la garde. Un état dépressif s'installe et elle absorbe un tube de Surmontil.

Son séjour dans le service est bref. L'épisode dépressif s'est dissipé. Nous la revoyons en consultation.

Au total : Tentative de suicide chez une déséquilibrée caractérielle. Psychothérapie de soutien indispensable.

Monsieur K.....

41 ans, concierge, consulté pour asthénie. Il dit qu'il est "faible", qu'il dépérit.

Au premier entretien il évoque des crises de jalousie avec sa femme. Cette jalousie est critiquée par le malade qui reconnait qu'elle n'est pas fondée. Il est très préocupé par son asthénie surtout dans ses manifestations sur le plan sexuel. l'E.E.G. montre un tracé normal. Le bilan somatique est satisfaisant.

Au cours des entretiens ultérieurs se révéleront de nombreuses et graves anomalies du comportement en particulier sexuel.

Un traitement sédatif est prescrit. Sa structure frustre maintient les conversations sur un plan très superficiel. Nous le reverrons pourtant. L'épisode de jalousie s'est dissipé mais la structure de ce malade fait émettre des doutes sur les résultats qui pourraient être obtenus ultérieurement.

Au total : Déséquilibré caractériel.
Jalousie conjugale.
Abord psychologique d'efficacité douteuse.

Monsieur L.....

31 ans, comptable, consulté pour des "malaises" : Impression "d'onde montant dans les jambes" suivie d'un état lipothymique obligeant le malade à s'allonger. Pas de perte de connaissance. Pas de sentiment d'étrangeté. l'E.E.G. est normal.

L'entretien révèle un caractère très méticuleux, le malade se fait de nombreux programmes d'activité. Il effectue des rangements minutieux. Il nous dit qu'il n'aime pas beaucoup son enfance. Fils unique, a vécu seul avec sa mère de 9 à 14 ans, a souffert de l'attitude renfermée

de son père à son retour de captivité. Sa mère est très dure, très sérieuse, a de nombreux principes très fermes. Elle n'a pas accepté le mariage de son fils.

Au cours des entretiens ultérieurs se révélent des préocupations alimentaires - le malade suit des régimes qu'il abandonne rapidemment - une angoisse sexuelle avec activité masturbatoire très culpabilisées. Les symptômes somatiques présentés par le malade se simplifient progressivement et il ne restera qu'une asthénie.

Au total : Névrose d'angoisse avec organisation phobique.

Monsieur M.....

39 ans, employé d'une compagnie d'aviation, entre dans le service adressé par son médecin traitant pour un état d'anxiété important avec éléments dépressifs. Un repos de quinze jours avant son entrée n'avait amené aucune amélioration.

Il n'existe aucun épisode dépressif antérieur.

Au cours des entretiens des éléemnts de la série mélancolique vont se révéler mais sans aucune idée de suicide. L'épisode actuel est survenu à la suite de sa nomination à un poste important, un surcroit de travail semble avoir déclenché une décompensation. Un traitement de trois semaines au Tofranil dissipe l'accès.

Le malade reprendra son travail après un mois de repos.

L'amélioration se maintient après un an de recul.

Au total : Dépréssion à forme mélancolique. Régression complète, rapide.

Monsieur N.....

32 ans, ouvrier, est adressé par son médecin traitant pour des lipothymies, survenant à intervalles éloignés depuis trois ans, un éthylisme discret et un état anxieux. Le bilan somaitque est relativement satisfaisant, l'E.E.G. est normal.

Les conversations avec le malade nous apprennent qu'il s'agit d'un ancien enfant de l'Assistance Publique. Il se heurte à de graves difficultés familiales. Il vit avec sa femme et ses quatre enfants dans deux pièces. Deux enfants qui présentaient des malformations congénitales des extrémités ont été opérés à grands frais. L'éthylisme du malade semble survenir par poussées aigues liées à ses difficultés. Une cure de désintoxication est entreprise. Le malade sort après un séjour de trois semaines Une rechute survient après trois mois : amaigrissement, éthylisme, état dépréssif. Il reste deux semaines dans le service et sort très amélioré.

Au total : Ethylisme, névrose d'angoisse chez un sujet ayant subi des carences affectives massives dans l'enfance.

Dans ce cas nous sommes restés en liaison avec son médecin et l'Assistante Sociale. Ce sont eux surtout qui ont fourni au malade le soutien dont il a grand besoin et l'ont aidé à améliorer sa situation sociale, familiale et professionnelle.

Monsieur O.....

35 ans, ouvrier, est adressé par son médecin traitant pour asthénie, algies diffuses, amaigrissement, insomnies.

Il est marié depuis dix ans et a six enfants. Le premier a dix ans, le dernier dix huit mois. La famille vit dans trois pièces.

Monsieur O... n'a jamais connu son père. Sa mère s'est mariée peu après la naissance du malade. Elle a eu un second fils, puis a divorcé.

Monsieur O... et son demi-frère ont quitté la maison vers l'âge de 14 ans et se sont "débrouillés".

Depuis ils n'ont eu aucun contact avec elle.

Les symptômes névrotiques sont évidents.

Au total : Névrose d'angoisse. Difficultés sociales graves.

Ici encore le médecin traitant et l'Assistante Sociale joueront un grand rôle.

Monsieur P.....

est dépisté dans une consultation réservée aux pensionnaires de la maison de retraite. C'est un homme encore jeune, bien portant et qui effectue quelques travaux à l'intérieur de l'hospice.

Il nous est adressé et au cours de plusieurs entretiens nous apprenons qu'il possédait une fabrique de meubles assez importante. Une mésentente conjugale aurait aboutit à un divorce trois ans auparavant. Cet événement aurait déclenché chez lui un épisode dépressif avec éthylime aigü. Désintoxiqué à la Salpétrière, il séjourne pendant 15 mois dans une maison de repos. Il est ensuite placé par sa famille à la maison de retraite . Il se présente comme un homme calme, très sûr de lui, racontant facilement son histoire. Il nous dit qu'il a vendu sa fabrique plusieurs dizaines de millions, qu'il désire retravailler et qu'il se fait fort de gagner immédiatement près d'une centaine de mille francs par mois. Nous pensons à une affabulation psychopathique mais des renseignements de sources diverses confirment les dires du malade.

Nouvelle confirmation est reçue lorsqu'il trouve effectivement un travail très bien rémunéré et sort de l'hospice. Nous avons de ses nouvelles un an après. Le médecin du travail, inquiété par la facilité avec laquelle M. P... lui raconte son histoire étonnante, pense à une psychopathie, et vient nous voir. Nous apprenons ainsi que M. P... occupe un poste relativement important dans le service de comptabilité d'une usine.

Au total : Episode dépréssif non dépisté ayant abouti à un placement en maison de retraite et à une interruption d'activité de trois ans.

Mademoiselle Q.....

24 ans sténo-dactylo, nous est adressée par son médecin traitant pour des douleurs de la région cervicale. Elle a interrompu son travail depuis plusieurs mois. Les très nombreux examens neurologiques sont normaux et les examens radiologiques n'ont montré aucune lésion.

Kinésithérapie, physiothérapie, port de col platré n'ont apporté aucune amélioration. Elle entre dans le service en Mai 1961. Pour plus de sécurité nous refaisons un bilan somatique très complet dont les résultats sont encore une fois normaux.

Une cure de "détente" est instituée, Nozinan et Eunoctal, à doses progressives puis dégressives. Son séjour se prolonge pendant 26 jours.

Abordée sur le plan psychologique elle se révèle extrèmement rigide, hypermorale. Le contact est très difficile, s'améliore cependant un peu en fin de traitement.

Nous la revoyons régulièrement tous les deux mois depuis sa sortie de l'hopital. Le seul traitement prescrit est de l'Eunoctal. En Septembre elle reprend son travail à mi-temps. Les douleurs réapparaissent de temps en temps. Mlle R... nous semble relativement plus souriante, plus détendue. En Novembre elle travaille à temps complet. Elle sort avec des amis de bureau.

Au total : Il s'agit d'un "symptôme psychosomatique élémentaire" apparu sur une structure mentale extrémement rigide. Une psychothérapie à minima, aidée par une cure de détente initiale est parvenu à rompre le cercle vicieux dans lequel s'enfermait cette malade. Néanmoins elle reste fragille et doit continuer à être suivie. Dans l'appréciation des résultats les deux

éléments qui apparaissent fondamentaux sont la reprise du travail et des contacts sociaux en dehors de la famille.

Mademoiselle R.....

18 ans, ouvrière, consulté pour "crise nerveuses" avec pleurs, cris, sans perte de connaissance ni convulsions. Céphalées frontales ou diffuses, matinales ou se prolongeant toute la journée. Obésité modérée, Oligoménorrhée. L'examen somatique écarte phénomènes tétaniques ou comitialité.

Les entretiens révélent que ses parents sont assez rigides, ne lui laissent que très peu de liberté : aucune activité extra-professionnelle, aucun contact social en dehors du milieu familial. Les troubles semblent avoir été déclenchés par des difficultés dans son travail. Elle est revue plusieurs fois. Un traitement sédatif ainsi qu'un régime sont prescrits. Une action sur le milieu familial est tenté par l'intermédiaire de la mère.

Au total : Obésité, "crises nerveuses", Milieu familial trop fermé.

Mademoiselle S.....

21 ans, sténo-dactylo souffre de céphalées frontales depuis quatre ans. Elle a consulté de nombreux médecins. Tous les examens pratiqués ont été négatifs. Un E.E.G. Pratiqué dans le service est normal.

Au cours des entretiens elle se révèle d'un bon niveau, très réservée, polie, un peu rigide. Le contact est difficile. Elle parle peu ses propos sont abstraits objectifs, "désincarnés", ne donnant aucune impression de vie. Les problèmes instinctuels sont totalement annulés. Elle est la plus jeune d'une famille de quatre enfants. Ses parents ont divorcé après une

longue mésentente. Elle vit seule avec son père qui a un caractère renfermé. "Il parle peu et toujours pour critiquer".

La malade a très peu de contacts avec l'extérieur. Même dans son travail, dont elle est contente, elle n'échange que de rares propos avec ses collègues. Ses seules sorties ont lieu avec un frère de trois ans son ainé. Elle a conscience et souffre d'avoir si peu de distractions et voudrait quitter son père. Les céphalées cessent dès son hospitalisation, au premier jour de traitement par le Témentil.

A sa sortie elle est envoyée en maison de convalescence. Revue en consultation, elle nous dit qu'elle s'est installée chez sa mère. Les céphalées ont diminué et ne surviennent que matin et soir. Le contact est meilleur. Récemment son frère s'est fiancé, elle ne peut plus sortir avec lui. Les céphalées ont repris. La malade doit revenir en consultation.

Au total : Céphalées avec pauvreté du plan des images. Annulation des émergences instinctuelles. Une rémission a été obtenue mais elle n'a été que temporaire. Ce type de céphalées évoque les cas étudiés par P. Marty.

Madame T.....

33 ans, ouvrière, consulté pour céphalées ayant débuté dès l'adolescence et qui se sont accentuées depuis dix ans. Elles présentent un aspect migraineux par leur durée et l'association de vomissements et de troubles visuels. Il n'existe aucune manifestation allergique. Les examens somatiques et E.E.G. sont normaux. Le Gynergène ne donne aucun résultat. Les entretiens révèlent une malade très agressive. Elle souffre d'être obligée de voir en cachette son fils de 14 ans, né d'un premier mariage et que son mari actuel refuse totalement. Ce premier mariage a eu lieu alors que la malade était enceinte et a été suivi d'un divorce un an plus tard.

Un état dépressif s'installe tandis que nous la suivons en consultation. Elle est admise en clinique où est pratiquée une cure de sommeil. L'état dépressif et l'agressivité se dissipent. Les céphalées, bien que de moindre intensité, persistent. Une rechute survient au bout de quelques mois mais elle est bien supportée et n'entraine pas d'arrêt de travail.

Au total : Accès de céphalées, sans base organique décélable, en correlation avec des conflits familiaux. Instabilité thymique et agressivité réactionnelle. Episodes dépressifs.

Monsieur U.....

33 ans souffre de douleurs abdominales depuis 3 mois. Les examens radiologiques montrent une colite spasmodique. Le début de ces douleurs est précis: le lendemain d'un jour où ayant retrouvé un ami d'enfance, il avait fait quleques abus de boisson et s'était donné un peu de liberté.

Avant d'être adressé à notre consultation, M. U... a consulté de nombreux médecins, tant en ville que dans les hopitaux. Il désire une intervention chirurgicale qui le délivrerait de ses troubles ; il revient constament sur cette éventualité à laquelle il a échappé jusqu'ici.

M. U... est l'ainé de six enfants. Son père est un homme fruste, brutal, éthylique. A la naissance du malade il avait 42 ans alors que sa femme n'avait que 28 ans. M. U... a vécu dans sa famille jusqu'à son service militaire. Dès son retour il s'est marié. Sa femme est de 20 ans son ainée et a trois enfants d'un premier mariage.

Nous le revoyons régulièrement en consultation. Mais il finit par se faire opérer. L'appendicectomie ne calme pas ses troubles.

Au total : Manifestations hypocondriaques avec désir d'intervention chirurgicale. Les entretiens n'ont pas évité une première intervention.

Monsieur V.....

28 ans, électricien, nous est adressé par son médecin traitant : Asthme, douleurs épigastriques, "Nervosisme".

Ses douleurs épigastriques sont connues depuis l'âge de 7 ans. Sans horaire, non calmées par un traitement. Le malade sent son coeur battre au creux épigastrique. Il a été traité comme un ulcéreux puis comme un gastrique sans résultats.

L'asthme est apparu il y a 8 ans et est en rapports étroits avec les douleurs épigastriques.

Les crises légères au départ, calmées par la théophylline sont devenues de plus en plus intenses, rebelles à toute thérapeutique.

Elles obligent le malade a interrompre son travail.

Monsieur V... a toujours été un grand anxieux. Il se plaint de cauchemars.

L'examen pulmonaire objective des râles diffus.

Un bilan complet ne révèlera aucune atteinte cardiaque, gastrique ou pulmonaire.

Un traitement sédatif est prescrit. Il reste trois semaines dans le service. Les douleurs disparaissent ainsi que les crises d'asthme.

Les entretiens que nous avons avec lui révèlent qu'il a vécu toute son enfance avec le sentiment qu'il n'est resté vivant que par miracle. Très "délicat" il a été "couvé" par ses parents.

La plupart de ses dix frères et soeurs sont morts en bas âge.

En janvier 1961 il reprend son travail. Les crises dyspnéiques persistent sous une forme atténuée. . Elles semblent précédées par des cauchemars qui réveillent le malade.

Revu en mai 1962, il continue à travailler. Il n'a pas vu d'autres médecins. Il a de la difficulté à respirer et les douleurs épigastriques persistent. Une crise récente est survenue après son 5ème examen pour le permis de conduire.

Au total : Crises dyspnéiques asthmatiformes, douleurs épigastriques sans lésion déceléble chez un grand anxieux.

Dans son cas la reprise du travail peut constituer un critère d'amélioration.

La difficulté ici sera de ne pas perdre de vue l'apparition possible d'une atteinte lésionnelle tout en évitant au malade de se fixer sur ses troubles gastriques.

Monsieur W.....

38 ans, présenté un ulcus du bulbe depuis six ans, actuellement stabilisé et "des crises d'étouffement" qui se révèlent être des blocages respiratoires émotionnels suivis de soupirs.

Il n'existe pas de hernie hiatale. Les examens pulmonaires et cardiaques sont normaux.

Au cours des entretiens le malade évoque une enfance malheureuse privée d'affection. Ses parents ne s'interessent qu'à son frère ainé. Il n'aimait pas son travail dans la ferme familiale, mais la guerre le force à y rester jusqu'à l'âge de 25 ans. Il se marie alors et vient s'installer à Paris avec sa femme qui travaille dans les P.TT . Mais une fille puis un fils naissent en deux ans, obligeant sa femme à arrêter son travail. Il ne leur restera pour vivre que son salaire de gardien de musée. Aprés un an vécu dans ces conditions extrémement difficiles, sa femme tombe malade : Discopathie vertébrale, appendicectomie, ablation de fibrome se succèdent pendant trois ans, alternant avec des épisodes dépressifs et des manifestations hystériques bruyantes.

L'état de sa femme se rétablit, M. W... tombe malade. Il craint une cardiopathie. On découvre un ulcus du bulbe.

Celui-ci sera traité et stabilisé. Une déformation du bulbe et des images de gastrite persistent. Mais les craintes d'une cardiopathie persistent également et les E.E.G. sont multipliés à la demande toujours

renouvellée du malade.

Un traitement sédatif banal et les entretiens ont semblé diminuer l'anxiété du malade. Mais des symptômes de la série organique persistent nécessitant un traitement anti-ulcéreux suivi.

Au total : il s'agit d'un malade ayant subi des frustrations affectives importantes dans son enfance. Sa jeunesse s'est écoulée dans un milieu familial hostile. Il s'est décompensé à la suite de la guérison de sa femme. Aucune amélioration réelle et durable n'a été obtenue ici. Etait-elle possible ? Une psychothérapie de soutien pourrait peut-être éviter des flambées brutales de l'atteinte organique mais elle est extrémement difficile chez des sujets aussi fragiles.

Une surveillance somatique s'impose.

Monsieur X.....

38 ans, nous est adressé par son médecin traitant pour :

1) des vertiges qui durent depuis deux ans.

2) un état dépressif important.

Il ne travaille plus depuis deux mois et demi. Il est vu plusieurs fois en consultation de médecine générale. Les examens labyrinthiques sont normaux. L'examen neurologique ne révèle que des troubles mineurs léger élargissement du polygone à la marche, discrète déviation des index vers la droite, abolition des réflexes cutanés abdominaux. Pas de signe de Romberg. Pas de marche en étoile. Signalons que ce malade est très myope.

Le premier entretien fut très remarquable tant par la facilité avec laquelle le malade nous expose ses difficultés que par la densité de ses propos.

Difficultés professionnelles, difficultés familiales durent comme les vertiges depuis deux ans. De plus, sa mère est morte il y a trois ans et son père il y a deux ans. Un simple traitement sédatif est prescrit.

Nous le revoyons un mois après. Il va bien, a repris son travail et a changé d'employeur.

Depuis le 2ème entretien son médecin traitant qui a été amené à voir ses enfants nous a confirmé que l'amélioration persistait.

Dans ce cas les résultats des examens neurologiques et labyrinthiques pratiqués ne justifiaient pas des investigations plus poussées.

L'abord sur le plan psychologique a certes révélé l'existence de problèmes importants mais il a surtout, semble-t-il amené une amélioration.

Au total : Symptômes psychosomatiques élémentaires. Amélioration après un nombre limité d'entretiens.

Madame Y.....

36 ans, consulte en 1959 pour des douleurs pelviennes. Lavement baryté, rectoscopie, examen gynécologique, radiographies de la colonne lombaire ne permettent aucun diagnostic. Elle souffre en outre d'hémorroïdes et d'une fissure anale. Le terrain anxieux est évident. Un traitement d'Equanil et Calcibronat est institué.

Deux ans plus tard les mêmes signes entrainent le même série d'examens, plus une hystérographie. Le facteur psychique est de nouveau souligné et elle nous est adressée. Le contact est difficile, elle est très passive, parle peu. Elle revient nous voir régulièrement. Son état s'améliore, les douleurs disparaissent. Mais dix mois plus tard apparaissent des douleurs cervicales accompagnées de céphalées frontales. Les radios de la colonne cervicale sont normales, le bilan général aussi.

Au total : Malade anxieuse avec manifestations hypocondriaques. Une psychothérapie suivie doit être envisagée.

Madame Z.....

46 ans, institutrice, entre pour paraspasme facial atteignant les deux orbiculaires des paupières, extension spontanée involontaire de l'index droit surtout lorsqu'elle écrit mais non lorsqu'elle effectue des travaux de couture. Douleur intermittente (2O fois par an) du maxillaire inférieur à droite.

Cette malade est mariée, a un fils de 27 ans, une fille de 19 ans qui poursuivent des études. Elle est très satisfaite de son enfance et de sa vie familiale. Son mari est très attentionné, surtout depuis sa maladie. Son fils élève à l'école centrale commence son service militaire en novembre 1958.

Lors de son premier entretien, elle admet avoir été très frappée par la mort de sa mère en 1952 (à 65 ans) et de sa soeur (48 ans) en 1958. Elle y repense souvent. Les troubles qu'elle présente ont débuté en 1958 à 44 ans par la douleur intermittente du maxillaire inférieur et l'extension de l'index droit lorsqu'elle écrivait au tableau. Le paraspasme de l'orbiculaire des paupières n'est apparu qu'en mai 196O. En novembre, de la même année, elle est hospitalisée à Lyon en service de neurologie.

Amélioration spectaculaire dès le premier comprimé de Tementil. Cette thérapeutique est poursuivie après sa sortie de l'hopital.

En février 1961 son fils rentre du service militaire. Le 15 mars un état dépressif nécessite son hospitalisation à Limoges pendant trois semaines et un traitement au Tofranil. L'état dépressif disparait., le paraspasme réapparait progressivement 1 mois après sa sortie de la clinique.

En juillet un traitement au Dihydan est entrepris apportant une amélioration nette. Hospitalisée dans le service en Septembre un bilan extrémement complet est pratiqué. Aucun signe extrapyramidal n'est révélé. Les examens paracliniques sont tous normaux. Le paraspasme facial a disparu, seul persiste l'extension de l'index droit.

L'existence d'une corrélation entre les symptômes somatiques et la vie affective de cette malade n'entrainent aucunement une notion de

de causalité. L'intérêt de ce cas réside dans le seul fait que l'on doit tenir compte simultanément de deux séries de symptômes et élaborer ainsi une séméiologie complète.

Des critères d'amélioration ont été élaborés. Ils permettent une certaine objectivité dans l'appréciation des résultats obtenus.

Il ne pouvait être question de les baser sur des éléments organiques. Une grande prudence est d'ailleurs nécessaire dans ce cas. Mais surtout trop peu de malades présentant des atteintes somatiques graves ont été abordés jusqu'ici et nous manquons du recul nécessaire.

Par contre les troubles que présentaient les malades pris en charge constituaient toujours un handicap important. Ils entrainaient des arrêts de travail répétés, une dégradation progressive de la vie sociale et familiale.

L'amélioration de leur état pouvait donc légitimement être jugée sur les facteurs qui faisaient la gravité de ces troubles.

Diversement groupés suivant les cas, un petit nombre de facteurs interviennent toujours :

Reprise et persistance de l'activité professionnelle.

Acceptation des contacts sociaux, sorties, distractions.

Activité sexuelle.

Amélioration de la situation familiale.

D'autres critères seront particuliers suivant chaque cas.

Enfin la persistance ou l'abandon des symptômes n'est jamais prise au pied de la lettre.

Elle est interprétée d'une part en fonction des troubles somatiques objectifs, d'autre part en fonction de la relation établie entre le médecin et le malade.

En effet, le symptôme peut présenter chez certains malades une justification de la consultation, une protection nécessaire contre l'angoisse, etc..

Il en est de même de l'impression subjective dans son ensemble.

D E U X I E M E P A R T I E

==========

LES DIFFICULTES MATERIELLES

LES PROBLEMES DU FONCTIONNEMENT

PERSPECTIVES D'ORIENTATION

Le nombre élévé de malades dont l'état nécessite l'abord sur le plan psychologique confirme les études statistiques de B. de Pailleret.

Cet auteur évalue leur proportion à plus de deux et peut-être trois malades sur dix.

Billings dans la vaste étude menée pendant cinq ans dans un hopital général, montre également que l'incidence psychiatrique globale chez les hospitalisés est d'environ un malade sur quatre.

Une proportion plus élevée est trouvée par cet auteur chez les malades vus en consultations. Citons enfin les travaux de Weiss et English, Kubie, Dunbar.

La puissance, la variété des moyens dont dispose à l'heure actuelle la médecine pour agir sur le plan psychologique permet la prise en charge de ces malades. L'existence même de ces moyens entraine pour le médecin le devoir de les connaître et de les employer. Mais au-delà de leur utilisation pour des malades psychotiques ou névrotiques, les malades organiques peuvent, et par conséquent, doivent bénéficier aussi des possibilités de ces méthodes.

Certes on peut longuement discuter les rapports du corps et de l'esprit.

"Mais notre rôle n'est pas de philosopher et quand, en médecine nous parlons de méthode psychomatique pour désigner l'approche psychologique des désordres corporels ou de méthode somaopsychique pour désigner l'approche somatique des désordres mentaux, nous nous en servons comme de locutions commodes qui ne préjugent pas, au moins dans l'intention de la plupart d'entre nous, de prise de position philosophique.

L'important c'est précisément d'éviter qu'aucun parti pris doctrinal nous empêche d'utiliser toutes les forces de la personne humaine dans la lutte contre la maladie." (Pr. J. Delay)

L E S D I F F I C U L T E S M A T E R I E L L E S

- Les Locaux

- Le personnel

Certes des difficultés matérielles existent dans la plupart des services. Elles sont cependant particulièrement nettes dans le service où cette expérience s'est déroulée.

Celui-ci était, à l'origine, une simple infirmerie d'hospice. Son développement, puis sa transformation en service moderne s'est fait en peu d'années. Il a été doté de tous les moyens techniques nécessaires à la pratique médicale actuelle. De très nombreuses consultations de spécialité ont été créées. Les autres services faisant partie du groupe hospitalier ont connu le même développement rapide. Mais cette introduction de la médecine moderne ne s'est pas accompagné d'un développement parallèle des locaux, ni d'une refonte de l'organisation.

L'infrastructure existante ne répond plus ni aux besoins actuels, ni à fortiori aux besoins futurs.

Ceux-ci peuvent être envisagés comme constituant un troisième stade de développement après ceux de l'infirmerie puis de service techniquement bien équipé.

Aussi longtemps que la pratique médicale est envisagée comme le traitement des maladies commandant des mesures étroites, spécifiques, locales, les problèmes humains restent au second plan. Ils manifestent leur véritable dimension lorsque l'exercice de la médecine devient la prise en considération de toutes les données qui peuvent avoir conduit un sujet à être malade et l'utilisation de toutes les méthodes thérapeutiques qui sont actuellement à la disposition du médecin.

Citons l'absence de pièces où les entretiens puissent se dérouler dans le calme, les longues attentes dans les couloirs, l'atmosphère déprimante des salles communes.

L'absence de salles de séjour impose au malade un alitement permanent dont les conséquences parfois néfastes font dire à B. de Pailleret "qu'il ne devrait être imposé que sur prescription médicale".

L'aménagement de la discipline de cette vie communautaire qu'est un séjour à l'hopital, sa valeur psychothérapeutique possible, tous ces éléments font partie de la thérapeutique médicale.

"Les institutions de la vie hospitalière, soins des infirmières, nourriture, sont hors du contrôle des patients, des médecins ou des psychiatres. Elles sont rigides, très structurées et très en retard sur le progrès de la médecine et des sciences humaines.

L'heure du réveil, des repas, de la toilette, de la prise du remède, et une kyrielle d'autres actes, ne peuvent être modifiés que sur prescription pour un patient particulier. La signification de ces habitudes pour le patient dans la mesure où elle affecte ses progrès vers la guérison est rarement vue par le médecin". (R. Grinker et P. Robbins)

A ces problèmes de locaux et d'institutions va se joindre l'insuffisance numérique du personnel médical et paramédical.

Comment un malade hospitalisé ne se sentirait-il pas abandonné quand l'infirmière débordée ne peut lui consacrer que le temps strictement nécessaire aux soins matériels, en ayant l'esprit occupé par les innombrables actes qui remplissent sa matinée.

Comment un malade se sentirait-il réellement pris en charge par le médecin qui pense aux trente malades attendant à la porte de la consultation ?

Ce médecin pourra se féliciter d'avoir honnêtement effectué son travail en terminant en un temps honorable. En réalité, ce ne sera que partie remise. Ses malades ou d'autres vus trop rapidement ailleurs viendront de nouveau frapper à sa porte. Trois entretiens prolongés auraient peut-être eu un résultat. Dix consultations rapides n'en auront certainement aucun si ce n'est une aggravation.

Et peut-être trouvera-t-on enfin une atteinte organique.

La présence de psychologues dans le service apporterait une aide considérable. L'intérêt diagnostique des examens psychologiques a été souligné par de nombreux auteurs, tant dans le domaine psychiatrique que dans certaines atteintes organiques, notamment neurologiques. Quelques examens de ce type ont pu être pratiqués, mais seule la présence de psychologues attachés au service permettrait de les effectuer dans tous les cas où ils peuvent être utiles.

Nous ne pouvons passer sous silence la quasi-inexistance du Secrétariat médical. Trop habituelle pour être sensible, elle n'apparait que lorsque les rapports du malade avec le service tendent à devenir semblables à ceux qui existent dans tous les autres domaines d'activité.

Les moyens actuels de communication avec le malade passe par la consultation ; ils ne connaissent ni la poste, ni le téléphone. Les abus possibles ne sont pas une raison suffisante pour maintenir un anachronisme stérilisant.

Reconnaissons que l'on peut doubler la capacité des locaux de consultation en les utilisant l'après-midi, lorsque ce n'est pas déjà fait. Ainsi peut également être doublé le personnel médical.

L'introduction de l'orientation psychosomatique a ainsi servis de révélateur. Certaines insuffisances notoires, maintes fois dénoncées, de la structure actuelle freinent le développement du service étudié.

Ces brèves notes sur cet immense problème tentent de montrer que l'aménagement des services devra tenir compte des facteur psychoè logiques intervenant dans la maladie.

Ici l'orientation psychosomatique rejoint la volonté actuelle d'humanisation des hopitaux. Celle-ci peut-être fécondée et guidée par celle-là.

LES DIFFICULTES DE FONCTIONNEMENT

- Le problème du temps
- La ségrégation
- La pyramide hiérarchique

L'approche psychologique exige beaucoup de temps et il en sera toujours ainsi. On pourrait dire que le temps constitue l'une des dimensions de l'entretien avec le malade.

"Les drogues psychotropes ne sauraient remplacer la relation interhumaine qui est l'essentiel de la psychothérapie". (Pr. J. Delay)

Ces thérapeutiques n'ont donc rien changé au fait qu'une relation interhumaine est nécessaire et que celle-ci demande du temps. Vouloir y échapper est jouer la politique de l'autruche.

Une simple prescription est déjà une relation interhumaine même si l'on veut se dissimuler ce fait. On a vu dans la première partie que l'entretien avec le malade est basé sur une étude dynamique de la relation qui s'établit entre lui et le médecin.

Dès lors, il est prolongé ou plus court, selon les besoins du malade, mais dans l'ensemble, il est plus long qu'une simple consultation.

Le parallèlisme initial des investigations somatiques et des entretiens ne tarde pas à disparaitre. La nécessité de revoir le malade, l'afflux constant de nouveaux malades aboutit très vite à un encombrement de la consultation du psychiatre. Les entretiens dans les salles étant évidement impossibles, une consultation doit être créée pour les malades hospitalisés.

La présence du psychiâtre va drainer la clientèle des psychopates hospitalisés dans les autres services.

Les médecins de ville qui veulent éviter à leurs malades le séjour en "maison de santé" les adresseront dans le service, d'autant que l'hopital général est souvent mieux accepté par les malades.

Cette hospitalisation a été pratiquée au cours de cette expérience. Mais nous nous devons de dire que l'atmosphère du service s'en est ressentie. Ces malades ont été mal supportés tant par les médecins et les infirmières que par les autres malades. D'autre part la proportion de ces cas parmi les hospitalisés tend à augmenter.

Elle est certes un signe manifeste que le problème psychiatrique est aigu mais il n'est pas possible sous ce prétexte de transformer un service de médecine générale en "service libre" de psychiatrie. Dans l'état actuel des choses nous ne pouvons que souligner le danger. Il est peut-être vrai que si tous les services pouvaient tolérer un petit nombre de cas psychotiques, le problème serait moins aigu mais si des voeux peuvent modifier la situation dans l'avenir nous avons à tenir compte ici des réalités présentes.

Le facteur temps joint à l'augmentation constante du nombre des malades pris en charge par le psychiâtre vont amener son isolement progressif.

Une consultation de spécialité aura été créée mais le service de médecine aura totalement perdu le bénéfice de sa présence constante. Précisons que cette évolution n'a mis qu'un an à se produire dans l'expérience que nous décrivons. Lorsque nous disons que le service a perdu le bénéfice de la présence du psychiâtre nous pensons aux malades mais aussi aux médecins, à cette collaboration dont de nombreux auteurs soulignent la nécessité pour la médecine actuelle.

Et Alexander va jusqu'à dire : "La coordination plus efficace des mesures somatiques et psychothérapeutiques est un des buts les plus élevés de la science médicale de nos jours".

Outre la tendance à la ségrégation que nous venons d'évoquer, la collaboration des médecins du service et du psychiâtre va se heurter de nouveau au manque de temps.

Les médecins traitants du service sont absorbés par les difficiles problèmes de la médecine organique. Ils examinent aussi consciencieusement les malades suivis par le psychiâtre que les autres.

La participation active des externes et des stagiaires se heurte au même problème aggravé par leur orientation vers l'acquisition de la médecine scientifique, la préparation des examens, des concours, mais surtout à la brièveté de leur séjour.

Malgré leurs multiples tâches matérielles, les infirmières ont contribué à la réussite des séjours dans le service. Sachant qu'elles seraient écoutées, elles ont confié aux psychiâtres ce qu'elles savent des malades. Des éléments importants de compréhension ont pu être ainsi utilisés.

Les Assistantes Sociales ont un rôle dont l'importance et la difficulté n'est plus à souligner. "Psychiâtre sans Assistante Sociale égale artiste sans mains". (L.G. Kubie)

Dans de nombreux cas, si des résultats ont pu être obtenus sur les plans somatiques et psychologiques, ils sont dus en grande partie à leur action.

Les difficultés d'intégration semblent donc moins importantes de la part du personnel paramédical que médical.

Lorsqu'elles existent le problème du temps joue un grand rôle mais il ne doit pas servir à masquer les résistances individuelles à cette orientation de la médecine.

Celles-ci sont beaucoup plus souvent liées à une absence quasi totale de formation psychiatrique qu'à des divergences doctrinales. Les buts et les méthodes de l'approche psychosomatique sont mal interprétées.

Une opposition est créée entre versant somatique domaine du médecin et versant psychologique domaine du psychiâtre, la modestie voulant que chacun reste sur son terrain. Elle se manifeste tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Le malade soit entrer dans l'une ou l'autre catégorie.

Une telle conception aboutit à "l'élimination par les examens physiques appropriés" et à la "classsification hiérarchique des maladies et des patients". (Balint)

Dans notre optique elle paralyse toute tentative de collaboration et stérélise tout dialogue. Elle peut rendre difficile voire impossible l'action psychothérapique, en particulier lors de la "réaction thérapeutique négative". Reding et Alvim insistent sur ce point "parceque, s'il n'est pas envisagé en toute honnéteté, il risque de faire échouer toutes les tentatives de mise au point d'un tel service."

PERSPECTIVES D'ORIENTATION

- Le rôle du psychiâtre
- La prise en charge des malades
- La collaboration entre les médecins

Nous avons vu dans les pages précédentes que concevoir le rôle du psychiâtre selon le principe de la division du travail et de la stricte délimitation des spécialités conduit dans une impasse.

Une solution partielle consiste à réorienter les psychotiques dans les services spécialisés, certains névrotiques vers des psychanalystes.

Cette solution a été utilisée, mais elle n'intéresse qu'une minorité de malades.

La présence de psychothérapeutes dans le service améliorerait beaucoup plus la situation, nous ne pouvons fixer le nombre qui serait nécessaire.

Enfin des méthodes du type relaxation, psychothérapie de groupe etc... sont également nécessaires.

Libéré d'une grande partie de son travail, le psychiâtre peut alors établir une collaboration étroite avec l'équipe médicale.

Cette collaboration évite, au moins partiellement, cette "dilution des responsabilités" qu'entraîne la division du travail et permet de mettre un peu d'ordre dans la complexité stérilisante des rapports du malade avec l'équipe médicale.

Le passage d'un médecin à l'autre est mal supporté par le malade et plus qu'ailleurs les inconvénients de ce fait doivent être envisagés ici. Il est beaucoup moins ressenti comme un abandon lorsque le médecin assiste à l'entretien du malade avec le psychiâtre, et nous avons soulignés l'intérêt didactique d'une telle solution.

Mais cette solution maintient un couple médecin-psychiâtre et fait entrer dans les institutions la dichotomie corps-esprit qu'il s'agit précisément de faire disparaitre.

Une meilleur solution est que l'entretien soit conduit par le médecin lui-même en présence du psychiâtre, ce qui a souvent été le cas dans le service que nous décrivons. A l'argument du manque de formation du médecin répond la nécessité de cette formation.

En premier lieu pour que le médecin soit capable de dépister les maladies psychiatriques, en second lieu "les rapports entre malade et médecin non psychiâtre sont si étroits qu'ils peuvent être utilisés pour des formes appropriées et simplifiées de psychothérapie".

Cette conception du rôle du psychiâtre va permettre la prise en charge de certains malades par le médecin lui-même. Mais leur nombre restera faible car seuls les éléments permanents du service peuvent réellement profiter de cette formation.

A la brièveté du séjour des autres membres de l'équipe s'ajoute le facteur jeunesse.

"Il est peu probable qu'un sujet de vingt ou vingt-trois ans, n'ayant vraisemblablement aucune expérience stable d'un partenaire sexuel pendant un certain temps, qui n'a peut-être jamais gagné sa vie et moins encore connu la responsabilité d'une famille dépendant de lui, puisse comprendre les intrications subtiles et complexes des relations conjugales et les conflits souvents profonds entre les besoins égoïstes et les obligations envers les autres". (Balint)

Il est évident que les nombreuses solutions envisagées jusqu'ici sont encore insuffisantes. Mais ces malades, qui ont afflué dans le service, avaient un médecin traitant. Les raisons qui les ont conduit à l'abandonner ne peuvent être mises sur le compte des difficultés financières. Elles ne doivent pas non plus être trop vite rapportées aux carences professionnelles du médecin. Cet argument, utilisé par les malades indique

seulement un échec des relations interpersonnelles, utilisé par les médecins hospitaliers il est suspect par l'excèssive valorisation personnelle qu'il procure.

La prise en charge du malade par le médecin traitant appelle l'aide du psychiâtre. Cette aide peut-être envisagée sous la forme des groupes d'étude crées par Balint en Angleterre et introduits récemment en France. D'autres solutions pourraient encore être élaborées.

Les échanges ainsi créés entre médecins hospitalière et médecine de ville favoriseraient l'apparition d'une indispensable et féconde collaboration entre ces deux pratiques, base d'une véritable médecine générale.

CONCLUSIONS

L'expérience décrite tend à l'insertion de la médecine psychosomatique dans un service hospitalier.

- Le fonctionnement du service montre qu'il ne s'agit pas de l'introduction d'une nouvelle spécialité venant se juxtaposer aux autres activités du service, mais d'un essai d'introduire "l'attitude psychosomatique" au sein d'une équipe hospitalière.

- Les méthodes : L'entretien avec le psychiâtre est l'élément fondamental. Il a lieu en présence des médecins de la consultation. L'importance du premier entretien est soulignée. Les prescriptions de sédatifs s'adaptent à chaque cas particulier. Il est tenu compte de la valeur symbolique de l'ordonnance.

L'hospitalisation permet les bilans somatiques, des entretiens fréquents et des traitements plus importants.

- Les malades qui ont été abordés sur le plan psychologique sont au nombre d'une centaine. Ils peuvent être répartis en trois groupes :

- Dix cas de psychoses diverses
- Trente cinq cas de névroses.
- Trente cas de maladies psychosomatiques.

Les symptômes psychosomatiques élémentaires sont isolés ou associés à une atteinte organique.

- En fin vingt-deux malades n'ont pas été suivis de façon suffisament régulière pour qu'un diagnostic ait pu être porté.

- Des critères d'amélioration ont été élaborés en fonction des facteurs qui font la gravité des troubles présentés. Activité professionnelle et sociale, situation familiale. Impression subjective et persistance ou abandon du symptôme sont interprétés partiellement en fonction de la relation médecin-malade.

L'amélioration des lésions existantes ne peut être jugée qu'avec un recul suffisant.

- Les difficultés de fonctionnement sont de trois ordres :

. L'approche psychologique des malades exige beaucoup de temps. Le parallélisme des investigations somatiques et psychologiques disparait et la nécessité de revoir le malade aboutit à un encombrement de la consultation du psychiâtre. De plus l'impossibilité de converger dans les salles conduit à organiser une consultation réservée aux malades hospitalisés. Les entretiens étant assez espacés ce surcroit de travail est resté dans des limites acceptables.

. De nombreux malades sont, comme nous l'avons vu, des névrotiques ou des psychotiques. Il existe donc un danger de transformer un service de médecine générale en "service libre". Cette difficulté est surmontée en réorientant ces malades vers des services spécialisés.

. Les difficultés d'organisation matérielle sont liées au fait que l'infrastructure n'a pas évolué en fonction du progrès médical. Une modification des limitations existantes se rattache au problème de l'humanisation des hopitaux.

- Les difficultés de l'orientation psychosomatique au sein de l'équipe hospitalière sont variables suivant l'échelon envisagé.

. Les médecins traitants du service, absorbés par les problèmes complexes de la médecine organique, n'ont pu jusqu'ici participer pleinement à cette orintation. Ils examinent aussi consci encieusement les malades psychosomatiques que les autres et le nombre des examens paracliniques n'a pas diminué pour l'instant.

. La participation active des externes et stagiaires se heurte à la brièveté de leur séjour et à leur orientation vers l'acquisition de la

médecine scientifique.

.Infirmières et Assistantes Sociales jouent un grand rôle. Elles connaissent les malades, et apportent des éléments importants qui échappent souvent aux médecins. Elles contribuent pour une large part à la réussite des séjours dans les service .

. Les contacts avec les médecins extérieurs restent fragmentaires, limités ici encore par le manque de temps.
Au total, les multiples tâches du fonctionnement normal d'un service laissent peu de temps pour les contacts entre les différents membres de l'équipe hospitalière, mais cet élément ne doit pas masquer les difficultés dues aux résistances individuelles.

- Une perspective de l'orientation prise par le service se dessine. La méthode d'approfondissement, d'étude exhaustive d'un petit nombre de cas particulièrement caractéristiques, a été écartée au profit de la prise en charge des malades chez lesquels une amélioration réelle peut-être obtenue pour peu que la relation médecin-malade soit reconnue et utilisée.

Certes les problèmes fondamentaux de la médecine psychosomatique semblent négligés mais une recherche nosographique pourra être entreprise lorsqu'un nombre de cas et un recul suffisant la permettront.

Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris.

L. BINET

Le Président de la Thèse

M. GAULTIER.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris.

Mr. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

I - ALEXANDER F - La médecine psychosomatique (Payot)

II - BALINT M - Le médecin, son malade et la maladie;(P.U.F.)

III - BILLINGS E.G.- Value of psychiatry to the general hospital (Hospitals II : 40, 1937)

IV - BONNET DE PAILLERETS F - Les problèmes psychiatriques d'un service de médecine générale (Thèse 1960)

V - CHERTOK L et MONTASSUT M. - Affections psychosomatiques et psychonévroses à l'hopital aux Etats-Unis (Semaine des Hopitaux 6/1-1951)

VI - COBB S.S. - Psychiatry in general hospital (Bull. New-York Aca Med. 3/1946)

VII - DELAY J. - La doctrine psychosomatique (La presse médicale 13/12-1947)
- Introduction à la médecine psychosomatique (Masson)

VIII - EY H, BERNARD P. et BRISSET ch - Manuel de psychiatrie (Masson)

IX - GOSSET J. - Problèmes psychiatriques en chirurgie générale (Mémoires Acad. Chirur. n° 5 - 1947)

X - GRINKER R. et ROBBINS P. - Cliniques psychosomatiques (P.U.F.)

XI - HAMILTON W. The psychiatric department in general hospital (Hospitals, 12 : 93, 1938)

XII- HEUYER G. - La psychiatrie à l'hopital
(La semaine des hopitaux 7/6.1946)

XIII- KAUFMAN R., MARGOLIN S.G. - Theory and practice of psychosomatic medecine in a general hospital -
(The medical clinic of north ame rica 5/1948)

XIV- KUBIE L.G. - Impact of modern psychiatry on hospital organisation - (Bull. Johns Hopkins hosp. 6/1947)
- The organisation of a psychiatric service for a general hospital (Psychosomatic medecine 7/1942)

XV - MARTY P.- La médecine psychosomatique (Médecin Français 10/11-1947 et Sem. Hop. 30/1.1950)

XVI - MICHAUX L - Possibilités et limites de la médecine psychosomatique - (Concours médical 21/4.1962)

XVII- NACHT S. - Introduction à la médecine psychosomatique
(Evolution psychiatrique Fasc. 1, Janv-Mars 1942)

XVIII- PARCHEMINCHE G.- La problematique du psychosomatique
(Revue Fran. Psychan. n°2, 1948)

XIX- REDING G. et ALVIM F.- Organisation d'un service de Médecine psychosomatique (Sem. des Hop. 30/1.1955)

XX - SCHULTZ - Le training autogène (P.U.F.)

XXI- WEISS et ENGLISH - Médecine psychosomatique (Delachaux et Niestlé)

XXII - THOS J. HELDT - Neuropsychiatry in a general hospital
(Am. J. Psychiatry 100 : 867;129;5/1944)

- Psychiatric service in a general hospital
(ibid. 95 : 865, 1939)

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-9[illegible]